



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

### Presidente

Claudio Mencacci

### Presidente Eletto

Bernardo Carpiello

### Past President

Emilio Sacchetti

### Vice Presidenti

Matteo Balestrieri

Liliana Dell'Osso

Gerardo Favaretto

Salvatore Varia

### Segretario

Enrico Zanalda

### Vice Segretario

Guido Di Sciascio

### Consiglieri Eletti

Mario Amore

Antonello Bellomo

Emi Bondi

Lorenzo Burti

Salvatore Calò

Corrado De Rosa

Lucio Ghio

Antonio Lasalvia

Mauro Percudani

Pier Luigi Politi

Francesco Rizzo

Rita Roncone

Paolo Santonastaso

Antonio Vita

### Commissione Etica

Massimo Rabboni

Amato Amati

Giancarlo Cerveri

Giuseppe Fichera

Patrizia Iacopini

Paolo F. Peloso

## **Il dialogo necessario tra la Sanità che Cura e la Giustizia che Custodisce. Valutazioni e Proposte della SIP.**

### La chiusura degli OPG

Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), certamente stimolato sul piano etico-sociale dalla presa di coscienza delle condizioni di insopportabile degrado in cui versavano gli OPG italiani, ha in realtà il suo fondamento tecnico-scientifico nella dimostrata antiterapeuticità degli Ospedali Psichiatrici, fondamento che fu alla base della decisione di chiuderli definitivamente nel 1978, a seguito della approvazione della L.180. Sin dalla approvazione della Riforma Psichiatrica del 1978 la persistenza degli OPG venne quindi considerata una incongruenza da sanare. Peraltro, il superamento degli OPG trova i suoi fondamenti normativi nella Riforma della Sanità Penitenziaria disposta con il D.lgs 230/99 e nella sentenza della Corte Costituzionale N 253, del luglio 2003, nella quale veniva dichiarato illegittimo l'art. 222 CP (Ricovero nell'OPG) nella parte in cui non consentiva al Giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, una diversa misura di sicurezza, idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale. Grazie a questa sentenza, prima ancora della L 9/2012 e s.m.i., molti pazienti hanno potuto usufruire dei percorsi alternativi all'internamento in OPG ed essere trattati secondo progetti di cura predisposti dagli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Una successiva sentenza della Suprema Corte (N 9163, marzo 2005) ha permesso di includere il grave disturbo di personalità tra le infermità di mente idonee ad escludere o scemare grandemente la capacità d'intendere e di volere del soggetto autore di reato. Queste opportune interpretazioni giurisprudenziali del Codice Penale sono intervenute a migliorare delle rigidità normative che costringevano il Giudice ad assumere decisioni non favorevoli alla salute dei pazienti. Peraltro, **il processo di superamento degli OPG implicitamente propone all'attenzione del Legislatore la necessità di**



# **SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA**

## **Affiliated to World Psychiatric Association**

---

**riconsiderare altri concetti giuridici come l'infermità di mente e la pericolosità sociale, che necessitano di una rivisitazione interpretativa**, affinché le modalità di esecuzione delle cure nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e le altre misure di sicurezza alternative che possono venire adottate possano avvenire secondo un percorso sanitario, nell'interesse del paziente, tenendo conto della necessità di tutelare il diritto alla salute anche degli operatori che vi lavorano. I disposti normativi sul superamento degli OPG sono stati confusivi poiché hanno trasferito una competenza penitenziaria nazionale alle diverse sanità regionali determinando sul piano pratico una ricaduta disastrosa sui DSM a cui sono state attribuite competenze "gravosissime" senza adeguate risorse e formazione.

### Il consenso alle cure e la posizione di garanzia

Il compito del Servizio Sanitario Nazionale è di tutelare la salute dei cittadini. Esso eroga cure che di norma sono volontarie e che divengono obbligatorie solo nelle condizioni specificatamente previste dalle norme sul Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) così come previsto dalla Legge n. 833/78, che esplicitamente escludono la eventuale pericolosità per sé e per gli altri come prerequisito per la proposta del TSO stesso. **Non è compito del Servizio Sanitario, che tutela la salute mentale attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e le altre strutture psichiatriche pubbliche o convenzionate, ospedaliere o territoriali, avere compiti di sicurezza pubblica.** La stessa "posizione di garanzia" in capo agli operatori psichiatrici nei confronti della persona affetta da disturbi mentali, per quanto possa essere intesa anche come "posizione di protezione" deve intendersi come "protezione della salute e più in generale della vita" della persona curata. **La Società Italiana di Psichiatria (SIP) pertanto respinge come impropria ed insostenibile l'estensione del concetto di "posizione di garanzia" nel senso che la recente Giurisprudenza ha indicato, sostanzialmente come obbligazione di risultato in termini di garanzia che la persona affetta da disturbi mentali non eserciti atti di violenza verso terzi,** secondo il principio che la tutela della salute della persona ammalata si estenda all'obbligo di tutelare il soggetto curato anche dalle conseguenze comportamentali della sua malattia. Tale pretesa non ha fondamento tecnico-scientifico, nella misura in cui non sono noti metodi farmacologici e psicoterapeutici atti ad evitare, con rilevante margine di sicurezza, i comportamenti aggressivi umani, anche se si tratta di comportamenti agiti da persone affette da disturbi mentali. Una mole



# **SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA**

## **Affiliated to World Psychiatric Association**

---

enorme di evidenze scientifiche dimostra che il comportamento violento è determinato da una serie di fattori biologici e non biologici e che la presenza di alcuni disturbi mentali è solo uno dei molteplici fattori di rischio in gioco nel comportamento violento, senza che ne sia dimostrata la sua natura esclusiva o prevalente nelle persone affette da disturbi mentali stessi. Pertanto, se un'adeguata cura della persona ammalata implica ovviamente una riduzione o abolizione della presenza di una condizione psicopatologica quale fattore di rischio della violenza, nondimeno non è imputabile al medico psichiatra la responsabilità del comportamento violento dell'infermo di mente, così come non è imputabile ad un cardiologo la morte di una persona per infarto se egli non fosse riuscito a ridurre o abolirne il rischio mediante farmaci appositi, sia in quanto non sempre i farmaci capaci di ridurre i livelli di colesterolo sono tali da portarlo a livelli al di sotto dei margini di rischio, ma anche e soprattutto perché la elevata colesterolemia è solo uno dei molteplici fattori di rischio di infarto miocardico.

La SIP ritiene che anche nel caso dei pazienti malati di mente autori di reato si deve ricercare il consenso alle cure e sollecitare il più possibile la partecipazione alle stesse. Il percorso di cura a cui vengono vincolati i pazienti autori di reato, attraverso la misura di sicurezza, deve consentire ai sanitari di mantenere i soggetti nei diversi luoghi di cura in relazione alle loro necessità terapeutico assistenziali e alla loro collaborazione; in ogni caso, fermo restando l'obbligo dello psichiatra di predisporre la migliore delle cure concretamente possibili nel caso determinato, appare inopportuna, incongrua e lesiva della libertà terapeutica e degli stessi diritti del paziente, la richiesta esplicita sempre più frequente da parte della magistratura di provvedere a modifiche delle terapie farmacologiche al fine di contenere l'aggressività di pazienti autori di reato affidati ai servizi territoriali di salute mentale, nella erronea ed illusoria credenza che gli psicofarmaci abbiano il potere effettivo di annullare l'aggressività stessa. Appare altresì inopportuno che gli stessi psichiatri curanti vengano chiamati dalla magistratura ad esprimere valutazioni sulla pericolosità dei loro pazienti, nella misura in cui tale valutazione rischia di minare alla base il rapporto terapeutico medico-paziente, col rischio di rendere ancor più difficile l'obbligo posto in capo al medico di contenere i rischi di violenza. A tale scopo il Magistrato può ricorrere alla nomina di un perito, che sia realmente esperto sul piano clinico e forense. Appare auspicabile altresì che le ASL possano dotarsi di un'unità operativa di psichiatria forense, che collabori in tal senso con la



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

Magistratura, secondo il modello adottato già in alcune realtà italiane, ribadendo che il Servizio Sanitario Nazionale non ha come mandato la tutela della sicurezza pubblica. **La SIP ritiene altresì che si dovrebbe poter prevedere anche il ritorno o il ricorso a situazioni di detenzione, nei casi di cessazione della collaborazione alle cure o violazioni delle disposizioni giuridiche, superando così la rigidità imposta al giudice di non poter disporre la detenzione del soggetto con vizio totale di mente anche qualora sia così pericoloso da non essere gestibile in una REMS.** E' chiaro che si parla di casi limite e sporadici; in ogni caso il passaggio alle ASL della sanità penitenziaria e il miglioramento delle condizioni di detenzione, dovrebbe consentire di poter curare le persone nei luoghi più idonei a garantire loro di non poter commettere nuovi reati. Del tutto improprio è l'utilizzo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) come luogo di detenzione che avviene attraverso delle sentenze, soprattutto della Magistratura di Sorveglianza, laddove in virtù della L 81/2014, il Giudice deve dimettere dall'OPG o dalla casa circondariale dei soggetti che non vogliono o non possono essere trattati attraverso un progetto territoriale. Queste imposizioni risultano incongruenti all'organizzazione dei servizi psichiatrici e gravemente lesive del corretto funzionamento del SPDC che è invece destinato alle situazioni di emergenza urgenza, con degenze medie di 10/12 giorni.

### Infermità mentale e pericolosità sociale

**Gli aspetti da approfondire in vista di una possibile ed auspicabile rivisitazione delle norme vigenti, riguardano i concetti di infermità mentale e di pericolosità sociale stessa.** Essi derivano dall'incontro dei due diversi saperi e delle relative organizzazioni, quella medica e quella giuridica, che devono individuare momenti di dialogo sulle situazioni concrete, superando così la rigidità della separazione e riconoscendo le competenze di cura alla sanità e di custodia alla giustizia. **Il concetto giuridico di infermità mentale,** alla base dell'applicazione del vizio parziale o totale di mente, non corrisponde alle sole patologie di interesse psichiatrico per le quali sono stati organizzati i DSM delle Aziende Sanitarie. Il concetto giuridico d'infermità si fonda sulla capacità del sintomo o di un insieme di sintomi (sindrome) di ridurre grandemente o di escludere le capacità d'intendere e di volere del reo al momento del fatto; indipendentemente dal loro inquadramento o meno all'interno di un disturbo mentale, termine che nell'accezione moderna ha di fatto sostituito il



## **SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA** **Affiliated to World Psychiatric Association**

---

termine di malattia mentale. Peraltro, il concetto di malattia/disturbo per il servizio sanitario si fonda sulla conoscenza scientifica della patologia e sulla possibilità di trattare o prevenire la sofferenza del paziente con tutte le competenze e le possibilità note. Da un lato si valorizza l'aspetto normativo dall'altro quello terapeutico. In conseguenza di questi differenti presupposti negli OPG venivano inviati soggetti con vizio parziale o totale di mente indipendentemente dalla natura della patologia che sosteneva l'infermità, vuoi propriamente psichiatrica, ovvero abuso di sostanze stupefacenti, o minorazione psichica, demenza o lesione neurologica cerebrale, epilessia., ecc. I servizi territoriali delle ASL, sorti in epoca post-manicomiale, sono stati organizzati per trattare le patologie in funzione delle necessità terapeutiche ed assistenziali specifiche: DSM per la psichiatria, Ser.T. per l'abuso di sostanze, Servizi distrettuali per disabili e per persone affette da demenza. E' quindi rilevante programmare i percorsi di cura degli autori di reato adeguatamente alle necessità terapeutiche o, almeno, che questo sia l'aspetto prevalente rispetto alla necessità di custodia. La misura di sicurezza dovrebbe essere intesa come sicurezza della cura ovvero un percorso di cura vincolato che può iniziare in carcere, proseguire nelle REMS, nelle strutture territoriali della Salute Mentale o degli altri servizi delle ASL, fino al domicilio, in rapporto all'effettivo stato di salute del soggetto, alle sue necessità e alla sua collaborazione. **La Sanità non può avere compiti di esecuzione delle misure di sicurezza, ma solo la funzione di contribuire alla loro effettiva implementazione, per la parte che le compete, ovvero la cura.** Peraltro l'auspicabile potenziamento dell'assistenza psichiatrica in generale, attualmente gravata da pesanti ed insopportabili carenze di organici che ne limitano fortemente i compiti istituzionali, ivi compresa quella all'interno degli istituti di pena, e il suo coordinamento con la rete dei servizi delle ASL, permetterebbe di garantire in maggior misura i bisogni di cura delle persone affette da disturbi mentali e così di supportare il Magistrato ad assumere le decisioni più opportune garantendo comunque le cure e la salute del paziente. **Soltanto un potenziamento dell'assistenza psichiatrica é in grado di sostenere l'atteggiamento per cui la Magistratura, fin dalla fase di cognizione, appare propensa, ovvero di riconoscere adeguatamente la presenza ed il grado del vizio di mente ed attribuire la responsabilità della cura, quando è possibile, ad agenzie sanitarie esterne ai luoghi di detenzione, nel rispetto delle procedure necessarie.**



## **SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA**

### **Affiliated to World Psychiatric Association**

---

Un secondo punto da considerare riguarda **il concetto stesso di pericolosità sociale, che appare superato almeno quanto gli OPG**. L'idea che si possa prevedere se l'infermità che ha escluso o ridotto grandemente la capacità d'intendere e di volere del reo al momento dei fatti determinerà nuovi comportamenti illeciti in futuro non ha un fondamento scientifico. Gli Psichiatri possono mirare ad identificare fattori di rischio di comportamento violento, e tentare di agire, come già detto, su alcuni di essi, incluse le alterazioni dello stato mentale che possono favorire la comparsa di agiti violenti, ma non hanno strumenti per "prevedere" comportamenti futuri, in specie nel medio e lungo termine. Sono le persone e non le malattie che mettono in atto i comportamenti. In altri termini è **necessario passare dal concetto di pericolosità sociale, ovviamente soltanto per quanto riguarda le persone affette da disturbi psichici autori di reato, intesa come probabilità di nuovi comportamenti delittuosi, al bisogno di trattamento in funzione curativa complessiva**, inteso come necessità clinica che un paziente sottoposto a procedimento giudiziario può anche soggettivamente non percepire, ma che di fatto può avere, e come tale possa essere vincolata dal provvedimento dell'autorità competente. Nelle more di una revisione delle norme, appare auspicabile che già nell'immediato, oltre quanto precedentemente detto per quanto concerne il ruolo dei servizi territoriali, venga adottato dalla Magistratura un **adeguato filtro di accesso alle REMS, per essere certi che ad esse siano assegnati pazienti che possano davvero beneficiare del trattamento sanitario e non ivi assegnati solo perché sono dei luoghi "chiusi"**. Ai fini del processo di svuotamento degli OPG dagli attuali ricoverati, considerato che il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP) ha una competenza nazionale mentre il servizio sanitario è una incombenza organizzativa ed economica delle Regioni, con le difficoltà di dialogo e obiettivi che questo comporta, appare auspicabile che la puntuale definizione e realizzazione dei percorsi di cura vincolati dai provvedimenti giuridici sia sostenuta da uno sforzo culturale, economico ed organizzativo di tutti gli attori coinvolti. Peraltro, soprattutto **nella implementazione delle REMS, gli operatori della psichiatria che si prendono in carico questi pazienti devono poter progettare il percorso di cura con sufficiente sicurezza, serenità e con risorse dedicate per non penalizzare la rimanente utenza dei DSM**. In particolare, appare fondamentale uno sforzo straordinario, anche economico per una **specifico formazione o riqualificazione di tali operatori e più in generale di tutti gli operatori dei DSM** per quanto riguarda le competenze necessarie a gestire casi complessi come generalmente sono tutte le persone autori di reato affette da disturbi



# **SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA**

## **Affiliated to World Psychiatric Association**

---

mentali. Come è già avvenuto per il passaggio della medicina penitenziaria alle ASL anche il passaggio dagli OPG ai DSM della cura delle persone malate di mente autori di reato, considerate pericolose socialmente, non è stato definito con percorsi di accreditamento e attribuzione di risorse adeguate oltre a non essere accompagnato da un'adeguata sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Si è venuta a determinare una paura diffusa nella cittadinanza che in molti luoghi d'Italia si è opposta alla realizzazione delle REMS o al trasferimento in alcune di esse di soggetti noti per i crimini commessi. Non dimentichiamo infine il possibile utilizzo improprio delle situazioni di cura da parte della malavita organizzata.

### Proposta

In conclusione la confusione tra funzioni di cura proprie del servizio sanitario e quelle di custodia dell'amministrazione penitenziaria, determina una situazione estremamente pericolosa per i pazienti e per gli operatori poiché la normativa sulla chiusura degli OPG non ha previsto la necessaria rivisitazione dell'applicazione del codice penale. Al momento attuale, non è possibile trattare nei luoghi di detenzione soggetti considerati giuridicamente "infermi di mente" e che si siano dimostrati "non trattabili" nelle strutture sanitarie per i prevalenti aspetti devianti e anti sociali, con grave rischio per gli operatori e per i pazienti che si trovano in situazioni di convivenza. Questa rigidità interpretativa del codice penale consente ai malviventi di tentare l'utilizzo dell'infermità di mente per sfuggire alla detenzione in carcere e rischia di vanificare gli aspetti positivi della normativa sul superamento degli OPG che deve essere completata dal superamento del doppio circuito della "pericolosità sociale". Sarebbe opportuno che quest'ultima fosse di competenza del Magistrato mentre al Medico psichiatra anche quando perito spetti la puntuale definizione e descrizione delle "necessità di cura" dell'infermo reo.

### **Il Comitato Esecutivo della Società Italiana di Psichiatria**